

## **資料2 試行調査の結果**

**京都桂病院  
市立長浜病院**

がん診療機能評価Ver.0.0【第1領域 病院組織の運営】

No.	評価項目	判定指針	意見	
			京都桂病院	市立長浜病院
1.1	がん診療の理念と基本方針			
1.1.1	がん診療施設としての病院の理念・基本方針が確立されている	<p>1) 病院の理念・基本方針の中に、がん診療に関する記載がある</p> <p>2) 基本方針は具体的で、病院の機能と矛盾しない</p> <p>3) 理念・基本方針は、患者中心の医療を重視する内容である</p>	<p>基本方針や理念に、がんのことは入っていない。がん以外の患者も多く診療するために、都道府県拠点病院以外の場合、がん診療について触れる程度ではないのか。</p>	<p>基本方針や理念にがん診療のことは記していないが、重点項目に入っている。したがって、「病院の理念・基本方針等」としてはどうか。</p>
1.1.2	がん診療責任者は、年間計画を策定し運営している	<p>がん医療や地域連携の質改善などについて明確な目標を設定し、その達成状況について定期的に評価して記録・報告している</p>		
1.2	がん診療の責任体制			
1.2.1	がん診療責任者としてがん治療に関する十分な知識と技能を持つ医師が配置されている	<p>1) 海外の（国内外の）がん専門病院における臨床教育を行うけた医師が配置されている（人員確保に配慮されている、など柔軟な表現を検討する。病院としてどのような取り組まれているかを評価する）</p> <p>2) がん治療認定医が配置されている</p>	<p>腫瘍専門医が殆ど国内にいない状況で、この規準は厳しいのではないのか。</p>	<p>病院内で4名が日本ががん治療認定機種の暫定専門医を持っている。</p>
1.2.2	がん化学療法の特長を持つ看護士が適切に配置されている	<p>1) がん治療の現場に、がん看護専門看護師が配置されている</p> <p>2) 化学療法の現場に、がん化学療法看護認定看護師が配置されている</p>	<p>がん看護専門看護師は国内にほとんどいないと聞いている。院内にもいない。</p>	<p>がん看護専門看護師は国内にほとんどいないと聞いているが、がん専門看護師の配置をがん拠点病院の目標とするのは良いことだと思う。</p>
1.2.3	がん化学療法の専門資格を持つ薬剤師が配置されている	<p>1) がん専門薬剤師が配置されている</p> <p>2) がん薬物療法認定薬剤師が配置されている</p>	<p>がん専門薬剤師は全国で数十人で、増加していないと聞いているので、配置は難しいと思う。一方がん薬物療法認定薬剤師の配置は、努力可能な範囲にあると思う。</p>	<p>がん専門薬剤師・がん薬物療法認定薬剤師は現在配置していないが、配置することをがん拠点病院の目標とするのは良いことだと思う。</p>
1.2.4	がん診療責任者は業務の見直し、診療ガイドラインや標準的プロトコルの見直しを定期的に行っている	<p>1) 定期的に見直しされている</p>		
1.3	診療録管理の責任体制			
1.3.1	診療録管理の責任体制が確立している	<p>1) 診療録管理部門は事務部門から独立し、院長・副院長あるいは診療情報管理に積極的知識のある医師を部門長としている</p> <p>2) 診療録管理に携わる者（がん登録実務者を含む）が1人以上確保されている、あるいは5年以内に確保される予定がある</p>	<p>2)の「がん登録実務者」の定義が良く分からぬ。</p>	<p>現在4人が診療録管理に携わり、がん登録実務者は2人である。</p>

がん診療機能評価Ver.0.0【第1領域 病院組織の運営】

No.	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見
1.3.2	診療録管理委員会が設置されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>診療録管理委員会は多職種により構成され、院長より権限を与えられている</li> <li>診療録管理委員会は定期的に、がんに関連した診療記録や症例サマリーの品質管理について検討している</li> <li>診療録管理委員会は、がん患者の診療録の記載に関して、診療情報管理士による量的点検（形式監査）、質的点検（内容監査）、同僚評価（医師が医師を評価）を実施している。あるいは5年以内に評価する体制を確立する予定がある</li> </ol>		市立長浜病院
1.3.3	がん診療に関連した情報が適切に、診療録に記載されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>入院・退院診療計画、治療方針及び計画、看護計画が明記されている</li> <li>2週間以内の主治医によるサマリーの作成率 ( ) %</li> </ol>		
1.3.4	医療情報と医療事故の開示	<ol style="list-style-type: none"> <li>診療録開示の方針が明文化され、患者本人が開示を求めるといった例外なく開示を行っている</li> <li>医療事故の開示方針が明文化され、実施されている</li> </ol>		条例で決まっているため、請求があれば全て開示する方針になっている。
1.4	職員教育・臨床研修			
1.4.1	がん診療に関する教育・研修が職員に対して行われている	<ol style="list-style-type: none"> <li>がん診療部門の職員への教育・研修の開催回数 ( ) 回/年</li> <li>院内各部門の職員へのがん診療に関する教育・研修の開催回数 ( ) 回/年</li> <li>研修・学会参加の予算が確保され、参加費・交通費が支給されている、あるいは5年以内に支給される予定がある</li> <li>各種ガイドライン、米国立がん研究所のデータベース・標準的な教科書など、がん治療に関する最新の情報を得るために必要な高速インターネット設備があり、誰でも利用できがん看護専門看護師（看護系大学院進学）、がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、乳がん看護認定看護師等の教育課程受講のための受講料や旅費が予算化されている、あるいは5年以内に予算化される予定がある</li> </ol>		がん専門看護師の養成体制はないが、感染管理看護師を現在養成中である。
1.4.2	予算が計上されて、がん看護に関する専門看護師・認定看護師等の養成体制がとられている			現状では、無理である。期間の設定はあるのが教えてほしい。
1.4.3	がん専門薬剤師養成の体制がとられている	がん専門薬剤師研修事業講義研修集中講義研修受講のための受講料や旅費が予算化されている	受講した場合、申請があれば受講料や旅費を補助している。	
1.4.4	論文発表・学会発表を評価している	論文発表・学会発表を院内報告、病院業績集に報告している		

がん診療機能評価Ver.0.0【第1領域 病院組織の運営】

No.	評価項目	判定指針	意見	
			京都桂病院	市立長浜病院
1.4.5	がん診療教育研修プログラムを提供している	施設特有の機能に心じて、都道府県拠点病院の場合は重点的に評価する項目であり、教育資材を活用しているか、講師の内容、がん診療関連の講習会参加、e-ラーニングの活用などを具体的に確認する		
1.5	臨床研究			
1.5.1	臨床研究の妥当性を検証する審査委員会が設置され運用されている	検討した実績がある	「審査委員会」は「治験審査委員会」なのか、あるいは「臨床研究一般を審査する委員会」なのか良く分からない。	治験審査委員会はある。注釈の「メンバー構成、活動状況や承認された臨床試験の内容とその妥当性にも踏み込んで確認する。試験の内容に疑問が生じた場合には、機構が別途組織する諮問委員会において、その妥当性をレビューする。」の意味が良く分からない。治験の審査委員会と一般臨床研究の審査委員会を分けて評価する必要があるのでないか。
1.5.2	臨床研究のデータ収集方法・管理方法が適切である	1) 臨床試験対象者の個人情報、適切な方法によって保護されている 2) 臨床研究における患者登録・データの管理を行うデータ管理者が決められている、あるいは5年以内に決める予定がある 3) 研究計画に基づいて研究が倫理的に適切に実施されている		治験と一般臨床研究を区別して記載するべきだと思う。当院では、臨床研究で収集したデータを保管する場所を設けた。

がん診療機能評価Ver.0.0【第2領域 患者の療養環境とサポート体制】

No.	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見	市立長浜病院
2.1	療養環境				
2.1.1	禁煙指導の徹底	1) 院内「全面禁煙」方針を守っている 2) 施設内「全面禁煙」方針を守っている 3) 職員に対する禁煙教育が施されている			
2.1.2	療養生活を送る上で必要な設備や備品が整備されている	1) 外来で抗がん剤投与を受けた患者が帰宅前に休憩するための場所がある 2) その他の生活の質を高めるための設備やプログラムが用意されている		「外来で抗がん剤投与を受けた患者が帰宅前に休憩するための場所」が具体的にどのようなのかなどを明確にしてほしい。	「生活の質を高めるための設備やプログラム」が具体的にどのようなのかなどを明確にしてほしい。
2.1.3	説明と同意を含めた治療方針を説明するにふさわしい場所が確保されている	説明するにふさわしい、プライバシーの守れるスペースが確保されている			患者側から「がん告知の際にプライバシーが配慮されなかった」というクレームを受けたことがある。
2.2	説明と同意				
2.2.1	がん告知に関するマニュアルが作成され、がん告知に対する方針が院内で統一されている	がん告知に関する方針・手順が明文化されている		「がん告知に関する方針・手順」の中にがん告知後の精神的なサポートについての記載があるかどうかについても、重視する必要があると思う。	当院には現時点でがん告知マニュアルはない。
2.2.2	患者への説明・同意の方法が明確で統一されている	1) 患者への説明を行う手順が明確である (ア) パンフレット、ビデオの使用 (イ) その他 2) 書面をもって抗がん剤使用の際の同意を得る手順が明確である (ア) 書面で同意 (イ) その他 3) 患者に配慮した同意手順がとられている (ア) 説明同意の内容がコピーとして患者に渡されている (イ) その他			
2.2.3	適正に診断と治療に関する同意を得ていることを確認する仕組みがある	1) 看護師あるいは薬剤師などのコメディカルが医師の説明時に同席している ①病名・病状・治療方針（治療効果・治療方法の変更等） ②病名・病状・治療の場の変更（通院から入院、転院）など、説明内容の妥当性を看護の観点、あるいは第三者に近い観点からも評価している 2) 患者・家族の反応を観察し質問を行うことで、看護師あるいは薬剤師の立場から補足説明（患者の理解を助ける働きを看護師あるいは薬剤師が行っている）を行っている 3) 必要に応じ、医師との調整を行ってチーム医療を実践している			看護師が同席するのと薬剤師が同席するのは、意味合いが違くと考える。看護師の場合、患者に対する説明が医師と違うことがあつてはならないから、看護師が同席することとは特に重要だと考える。

No.	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見	市立長浜病院
2.3	プライバシー確保の配慮				
2.3.1	患者のプライバシーに配慮した環境・設備が備わっている	1) 外来診察室・病棟面談室の環境は、プライバシーが守られている 2) 患者・家族と相談するための相談スペースが確保されている 3) 外来抗がん剤治療時の環境は、プライバシーが守られている	外来抗がん剤治療のスペースにはリクライニングチェアが並んでいるだけであり、プライバシーに特に考慮はしていない。具体的にはどのような配慮がされているか、記載してほしい。	病会では「患者以外の者に対する病状や治療に関する情報の提供について、患者の同意を得る」ということが一般に受け入れられているが、地方ではまた家族やキーパーソンに患者より先に説明したり相談することなどが当たり前だとするカルチャールがある。このような診療スタイルがどの程度患者側に受け入れられておられるのか不明である。配慮は必要だと考えるが、全てを患者に直接言うのがいいのか、良く分からない。	
2.3.2	患者以外の者に対する病状や治療に関する情報の提供については、患者の同意が得られている	患者以外の者に対する情報提供に関する対応マニュアルが整備されている			
2.4	セカンドオピニオンの提供の機会が設けられている	セカンドオピニオンが保証されている			
2.4.1	患者がセカンドオピニオンを求めた場合に積極的に適切な医師あるいは医療機関を紹介している				
2.5	患者・家族のサポート				
2.5.1	患者・家族の希望やキーパーソンを把握したうえで、患者と共に達成可能な目標を設定している	患者・家族の意見・要望を計画に反映した記録がある			
2.5.2	患者・家族に対する精神サポート体制が構築されている	1) 担当医、看護師、精神科医、ソーシャルワーカーや臨床心理士などの職種によるサポートプログラムがある。さらには、心理療法、サポートグループ、リラクゼーション訓練、気分転換・運動のようないかなる自己マネジメント、患者同士が話し合える機会の設定などに取り組んでいる、あるいは取り組む予定がある 2) いかなる場合に院内に連携がとれる心理職が確保されている 3) 院内の患者会、患者同士の交流会あるいは患者・家族を対象とした勉強会を行っている	稀少疾患の場合、「院内」の交流会は、どのようなグループの患者に対して、交流会や勉強会を設けるべきか。		
2.5.3	医療相談の体制が確立している	1) 相談専門人員が何人いるか、その資格は何か（社会福祉士・精神保健福祉士・その他） 2) 対面相談のための個室を設けているか 3) 相談の件数が院内で何件あるか（月間00件） 4) 相談のデータを集計しているか 5) 相談内容について事例検討会を行っているか 6) パンフレットなどの資料を取り揃えているか 7) 転院後・退院後の患者・家族のフォローを行っているか 8) 相談記録を作成しているか 9) PCインターネットを設け、がん情報がとれるようになっているか			現在月に10件ほどの電話相談がある。

No.	評価項目	判定指針	意見	
2.5.4	多職種による患者教育が継続的に行われている	看護師、薬剤師を中心とした教育の実績があり記録されている	京都桂病院	市立長浜病院
2.5.5	遺伝的・非遺伝的がんのリスクに関して、患者および家族に対するカウンセリング・教育を行う体制がある	院内に、遺伝子カウンセリングの専門トレーニングを受けた、遺伝子相談を担当する職員がいる、あるいは配備する予定がある。実績を検証	このような機能は都道府県拠点病院が持つべきであって、他の病院はコンサルトできる仕組みを整備すればいいのではないかと。	

がん診療機能評価Ver.0.0【第3領域 がん医療の標準化、適正化のための取り組み】

No.	評価項目	判定指針	意見
			京都桂病院 市立長浜病院
3.1	診療の標準化		
3.1.1	診療ガイドラインの採用が施設レベルで検討され運用されている	がん診療ガイドラインの採用が診療委員会などで決められ、各診療科レベルで実際に運用されている。	
3.1.2	各種がん治療に関して標準的な治療を提供するための取り組みがされている	各種がんの化学療法・放射線療法・手術に関するクリニカルパスが、各種ガイドラインやエビデンスに基づいて作成され、審査のうえで運用されている	
3.2	グループ診療の推進による診療の透明化		
3.2.1	多職種・多診療科が参加した症例検討会が行われている	診断医（放射線・内視鏡）・腫瘍内科医・腫瘍外科医・放射線治療などを始めとす多診療科の医師とコメディカルが参加する症例検討会や委員会を開催している、あるいは何らかの形で意見交換がなされている	当院では、呼吸器内科・呼吸器外科がつぎに2回症例検討会を開催している。また消化器の場合、内科と外科が週1回術前カンファレンスを開いている。
3.2.2	がん診療責任者は、症例検討会開催の頻度と進行を毎年見直している	各診療科・各部門において行われたがん診療の検討記録が整備されている	
3.2.3	がん診療責任者あるいは検討会の責任者の役割が明確に示され、最適な診療方針が決定され、かつ実行されている	検討会の実績があり、記録が整備されている	
3.2.4	問題症例をとりあげ実効性のあるシステム検討が構築されている	看護師などからの医師診療に関する問題提起が確実に取り上げられ、改善につながっている	問題症例がある場合は、関係者が速やかに集まる仕組みは構築が難しく、現在できていない。
3.3	適切な薬物治療		
3.3.1	薬物治療(抗体、分子標的治療も含む)を安全に実施するためのスタッフが配置されている、あるいは配置される予定がある	化学療法に精通した医師(学会認定医：暫定認定を含む)が配置、あるいは配置される予定がある	
3.3.2	レジメン審査・登録・管理が適切に行われている	化学療法の専門知識を持つ医師・薬剤師・看護師などが参加するレジメン審査体制が適切に運用され、提出されたレジメンを診療領域ごとに科学的根拠に基づいて審査し、全てのレジメンを対象として一元的な登録管理・定期的メンテナンスを実施している(レジメン登録審査の最低必要条件を示す必要がある。評価の際は審査記録の確認が必要。)	現在当院ではがん化学療法委員会を設置して(各診療科の部長・薬剤師2名・医事課職員)、レジメンの承認と事前登録を行っている。 現在レジメンを審査する体制はない。レジメンの登録は、薬剤部が担当している。



No.	評価項目	判定指針	意見
		京都桂病院	市立長浜病院
3.3.3	コンピュータシステムを使ったレジメン管理が行われている	レジメン管理にコンピュータシステムを運用している	当院では、オーダーリングシステムを利用したレジメン管理はやっていない。
3.3.4	新規レジメン開始時・レジメン変更時に、スタッフに対する説明会などを開いて内容を確認、周知している	説明会の実績があり、記録がある	新規レジメン開始時・レジメン変更時の説明会は薬剤部の担当になっている。
3.3.5	化学療法当日の投与決定の仕組みがある	1) 化学療法当日の投与決定に関する手順が明文化されている 2) 化学療法当日の投与決定と処方内容の二重確認の体制がある (ア) 診療グループ (イ) 主治医 (担当医) (ウ) 指導医 (エ) 研修医/レジデント (オ) 医師以外	人員不足のために、当日の投与決定の処方内容の二重確認はなかなかにできない。
3.3.6	抗がん剤の種類、投与量と投与スケジュールを医師が二重に確認する仕組みがある		
3.3.7	抗がん剤の適応外使用の手続が院内で規定されている	抗がん剤の適応外使用の手順が明文化されている	

がん診療機能評価 Ver.0.0 【第4領域 がん看護の提供体制】

No.	評価項目	判定指針	意見	
			京都桂病院	市長浜病院
4.1	がん看護の提供体制が確立している			
4.1.1	がん診療の専門性を持つ看護師(がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、乳がん看護認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師)が適所に配置されている	1) がん看護専門看護師 2) がん化学療法看護認定看護師 3) がん性疼痛看護認定看護師 4) 緩和ケア認定看護師 5) 乳がん看護認定看護師 6) 皮膚・排泄ケア認定看護師	現時点では、院内にいる看護師を外部に教育に出すのは難しく、資格を持つ人や優秀な人材を外から採用する方がコストも安い、実現可能性が高い。静岡がんセンターでは、院内の講習会・あるいはトレーニンングシステムを作っ、院内資格を設けていると聞いているが、そのリーダーとなる人材にはやはり認定資格が必要であると思う。	現時点ではこのような資格を持つ人材を配置するのは難しいが、がん拠点病院の目標としてこの項目を設けておくことは重要であると思う。
4.1.2	がん看護の方針・手順が明文化されている	1) がん看護マニュアルが整備され、患者ケア・業務・教育・管理などの側面から活用されている 2) 看護基準は必要に応じて見直し、改訂されている		
4.2	がん診療に関連した看護ケアが適切に提供されている			
4.2.1	看護計画の立案と実施が適切である	治療方針の決定や変更のときの意思決定支援、心理社会的支援、家族支援、治療に伴う副作用対策、退院後の生活指導などについての該当患者の看護計画立案と実施に関する記録がある		「適切」という評価の基準が分かりにくいので、自己評価だと個人により結果が大きく異なると思う。自己評価の場合、「実施回数」などの客観的な指標のほうが、評価項目としては適切かもしれない。
4.2.2	チーム医療の中で看護師の果たす役割が明確で実行されている	1) 多職種を交えて検討した記録がある 2) 多職種との連携が行われ業務が分担されている		「記録」というのがどの程度の記録をもって適切とするのか、自己評価の場合は何らかの根拠が必要である。現在当院は患者が在宅医療に移行するときに退院後の主治医と共に退院時カンファレンスを開いている。これは診療報酬加算の対象となっているので、このようなカンファレンスの実施回数なら、自己評価の際に回答しやすい。
4.2.3	化学療法などの治療後のフォローアップが適切に行なわれている	1) 緊急時の対処方法や手順が確立している 2) 患者のセルフケアに関する指導が適切に行われている 3) 化学療法などの治療前後の患者・家族向けの教育プログラムがある		外来化学療法法の患者には緊急時に直ぐに対応できるように、患者にカードを渡している。これは患者に安心を与える点で、非常に効果的である。 「化学療法などの治療前後の患者・家族向けの教育プログラム」を自己評価するのは大変困難だと思う。

がん診療機能評価Ver.0.0【第5領域 薬剤部の機能】

No	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見
5.1	がん治療に関連した薬剤業務の提供体制が確立している	がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師が配置されている		
5.1.1	がん診療の専門性を持つ薬剤師が配置されている			
5.1.2	薬剤業務を実施するための体制が確立している	1) 1病棟につき1人以上の病棟薬剤師が配置され、薬物治療の説明や服薬指導・化学療法後のフォローアップを行っている。薬剤管理指導（薬物副作用のモニタリングを含む）が適切に実施されている 2) ひとつの病棟に2人以上の病棟薬剤師が配置され、二重確認を行ったうえで注射用抗がん剤の混合調製を行っている		この項目を規準に入れると、今後の方向性に対するメッセージとなり、良いと思う。
5.1.3	サテライト薬局を設けて入院化学療法を実施している		現在は中央薬局のみで実施している。	当院では6月から院外処方に移行すると共に、病棟薬剤業務を開始する予定である。自己評価の際には、服薬指導などの加算があるので、それを利用して実施回数などの具体的な項目を回答してもらえると良いと考える。
5.1.4	外来化学療法の実施に必要な外来専任薬剤師が配置されている	1) 外来化学療法を実施するために交代要員も含めて、必要数の外来専任薬剤師が配置されている 2) 薬剤指導（薬物副作用のモニタリングを含む）が適切に実施されている 3) 薬剤治療の説明が行われている		現在外来専任薬剤師は配置していない。
5.2	薬剤業務の適切な運営			
5.2.1	内服抗がん剤の調剤・投薬が安全かつ適切に行われている	TS-1等の内服抗がん剤の処方チェック体制が確立している	内服抗がん剤の処方チェックはきわめて重要だが、診療所や調剤薬局との連携が必要である。すなわち処方チェックをするには調剤薬局との連携が必要になるが、院外処方のチェックが難しい場合もあり、100%実施できるかどうかは分からない。	
5.2.2	注射用抗がん剤の調剤・混合が適切に行われている	抗がん剤の調製の際、抗がん剤がその患者に処方された内容と同一であるかどうかをチェックする仕組みがある		
5.2.3	薬剤治療の説明が適切に行われている	説明の記録が診療録にファイルされている		
5.2.4	TDM（血中薬物濃度モニタリング）を自院で解析している	施設の特性に合わせて評価	TDMの対象となる抗がん剤は、どのようなものか。	

がん診療機能評価Ver.0.0【第6領域 病理部門の機能】

No.	評価項目	判定指針	京都建病院	意見	市立長浜病院
6.1	病理部門の体制の確立 病理医ならびに検査技師の必要人員が確保されている	1) 病理医数と人員配置 (常勤・非常勤・外部委託も含めて評価) 2) 病理専門医数と人員配置 (常勤・非常勤・外部委託も含めて評価) 3) 細胞診専門医 (常勤・非常勤・外部委託も含めて評価) 4) 細胞検査士 (常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)		現在非常勤の病理医が延べ6回勤務している。	
6.1.2	病理医が不足している場合、それを補う方策を立てている	病理医が確保されていない場合、それを補う方策を立てている(ア) コンサルテーションシステム (イ) テレパソロジー (遠隔病理診断)		病理医は非常勤なので夜間に対応できないが、必要に応じて京都大学にコンサルテーションするシステムがある。また国から補助金をもらってがんセンターに繋げるテレパソロジーのシステムを導入した。	
6.1.3	病理診断に必要な設備・機器が整備されている	病理診断を実施するための設備・機器が整備されている (ア) 標本作製するためのプロセッサ (イ) ミクロトーム (ウ) 自動染色装置・自動免疫染色装置 (オプション)			
6.2	病理部門の適切な運営				
6.2.1	診療に必要な病理検査の手順が確立され実行されている	1) 診療に必要な病理検査が実施され、その手順が確立している 2) 迅速標本の病理診断が実施されている		「病理検査の手順」とは具体的にどのようなものなのか。	
6.2.2	標本作成ならびに病理診断の精度管理が適切に行われている	1) 診断のダブルチェックが行われている 2) 部門内のカンファレンスが定期的に行われている 3) 日本病理学会による「診断病理学における精度管理指針—外科病理検査室編」に基づいた精度管理が行われている(学会のHPなどで公表されていないが、これを項目に載せるのは適切か?) 他病院とのカンファレンスの実施なども、評価の対象としてほしい。(～徳島県立中央病院病理部～) 4) 病理診断に必要な臨床情報を病理医が受け取れるシステムがある (ア) 情報システムへのアクセス (イ) 検査依頼用紙の充実		現在二人以上の病理医のダブルチェックは、人員の問題もありできない。しかし主治医と病理医、研修医と病理医によるダブルチェックはある。問題となるのは、臨床医と病理医の意見が合わないときのチェックシステムで、これが確立されているかどうかでも重要な評価項目だと思う。	
6.2.3	病理標本管理が適切に行われている	1) 診断後の検体・ブロックなどの標本の整理・保存が適切に行われている 2) 標本製造過程での取り違え等を防止するための安全管理の仕組みがある			

No.	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見
6.2.4	病理部門の情報管理が適切に行われている	<p>1) 同じ患者の以前の病理診断について、詳しい情報が必要に応じて引き出すようになっている</p> <p>2) 病理診断の事後利用のための整理がなされている</p> <p>(ア) データベース管理 (イ) 病理の診断登録</p> <p>3) 個人情報保護の観点から標本や報告書の管理がなされている</p>		<p>市立長浜病院</p> <p>病理の実績として、がんの病理診断実施件数などが評価項目として重要である。</p>

がん診療機能評価Ver.0.0【第7領域 放射線治療の提供体制】

No.	評価項目	判定指針	意見
7.1	放射線治療の体制の確立		市立長浜病院
7.1.1	放射線治療を安全に実施するための放射線治療専門医が配置されている	1) 常勤の放射線治療専門医が配置されている 2) 非常勤の放射線治療専門医が配置されている	現在滋賀県には3人しか放射線治療専門医がいない。そのうちの1人が当院に勤務している。
7.1.2	放射線治療の専門スタッフが配置されている	1) 放射線治療専攻の技師が配置されている 2) 放射線治療品質管理士が配置されている 3) 医学物理士が配置されている 4) 放射線治療を専門とする看護師が配置されている	現在京都大学から非常勤で医学物理士に来てもらっている。
7.1.3	施設の機能特性に合わせて放射線治療に必要な施設・設備・機器が整備されている	1) 放射線治療装置が整備されている (ア) リニアック・マイクログロトロン (イ) 小線源治療機器 (ウ) ガンマナイフ (エ) 粒子線治療機器 (オ) その他 2) リニアック・マイクログロトンにマルチリーフコリメータ(MLC)が装着されている 3) 位置決め装置 4) 治療計画装置	治療器には種類があるので、どの機能を持つ病院にどの機器が必要なのか、明確にしている。
7.2	放射線治療部門の適切な運営		
7.2.1	定期的に放射線治療の品質管理・品質保証が行われている	1) 定期的な線量計の校正が行われている 2) 1日1回の線量計によるビームの測定が行われている 3) 放射線の品質管理に関する第三者監査を受けている	

がん診療機能評価Ver.0.0【第8領域 緩和ケアの提供体制】

No.	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見
8.1.1	緩和ケアの提供体制が確立している 適切な緩和ケアを行うに必要な専門スタッフが確保されている	精神科医を含めた医師、薬剤師、看護師、看護師から成る緩和医療支援チームの提供体制が整っている、あるいは5年以内に整える予定がある	「緩和医療支援チーム」の中で精神科医と同様の役割を果たすメンバーとして、臨床心理士が重要な役割ではないか。	当院の緩和ケアチームには、医師・看護師・検査技師・薬剤師が入っている。チームは、週一回の院内ラウンドを実施しており、看護師を中心として緩和ケアを病院全体に広げる活動をしている。精神科医は必ずしも必要ではないかと思う。
8.1.2	疼痛や苦痛のケアの方針が明確に示されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 入院についての基準が明確になっている（主治医がチームに指示を出して対応している施設もあり、必ずしも明確になっていない）</li> <li>2) 早い段階から緩和医療チームを中心とした緩和医療の導入を行っている</li> <li>3) WHO方式がん疼痛治療法に基づいた疼痛ケアが実践されている</li> <li>4) 術後急性期疼痛ケアの指針がある</li> <li>5) 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組みがある</li> </ol>		
8.2	疼痛や苦痛症状の緩和に努めている			
8.2.1	疼痛や苦痛症状について評価の基準が定められ、活用されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 院内で標準化された疼痛および苦痛の評価基準と評価ツールが整備されている (ア) がん性疼痛 (イ) 術後急性疼痛</li> <li>2) 医師・看護師双方による疼痛および除痛効果の評価が実施されている</li> <li>3) 患者による疼痛や苦痛の自己評価の仕組みがあり、活用されている</li> <li>4) 患者の疼痛や苦痛に関する情報を共有できる仕組みがある</li> <li>5) 患者の個別化されたアセスメントに従って標準化された疼痛や苦痛症状のマネジメントが実施されている</li> </ol>	「医師・看護師双方による疼痛および除痛効果の評価が実施されている」の項で、緩和ケアチームの中の薬剤師が評価してもいいのではないか。	
8.2.2	オピオイド鎮痛薬が適正に管理、使用されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 鎮痛効果を継続的に評価し、投与量、投与間隔、薬剤の変更などの必要性を判断し、医師に報告している</li> <li>2) 薬剤師により麻薬の薬剤管理指導が行われている</li> </ol>	「鎮痛効果を継続的に評価し、投与量、投与間隔、薬剤の変更などの必要性を判断し、医師に報告している」の項で、これは誰が報告するべきか。	
8.2.3	患者および家族に対して、オピオイド使用に関する十分なインフォームドコンセントが行われ、疼痛を予防し対処する方略を教育している			

No.	評価項目	判定指針	意見	
8. 4	施設の機能特性に合わせて在宅ホスピスに適切に対応している	1) 24時間の地域ケアシステムの体制がある 2) 訪問サービスの体制が整備され、適切なケアが行われている 3) 死別後の家族への対応が適切である	京都桂病院 在宅ホスピスには地域連携が必要になるので、当院だけでは難しい。地域にチームを組んで在宅医療に取り組んでくれる診療所があり、そこに病院がアクセスできないといけない。病院が外に出て、在宅医療を提供することは現在ではできない。	市立長浜病院 24時間対応ではないが、在宅ケアをやってくれる開業医が数人いる。



がん診療機能評価Ver.0.0【第9領域 がん医療の安全確保体制】

No.	評価項目	判定指針	意見
9.1	がん患者が安全に生活できるような環境が整備されている	判定指針	京都桂病院 市立長浜病院
9.1.1	安全確保のための院内の情報収集し、分析し、改善策を実施する体制がある	1) 安全確保について組織的に検討する仕組みがある 2) 収集した情報を分析し、改善策を実施している	
9.1.2	危険物の処理が適切に行われている	有機溶媒、毒・劇物など危険性の高い物質の取り扱い・保管・管理に関する手順が確立している	
9.1.3	各部門における具体的な感染対策がとられている	感染性廃棄物の取り扱いに関する手順が確立し、順守されている	
9.1.4	感染症情報が適切にリリースされている	1) 感染に関する情報が適切に提供されている 2) 感染症情報を一元的に収集し分析して、関係部署に情報提供と注意を喚起している	「感染症情報」とは、具体的にどのような情報か。
9.1.5	抗がん剤・麻薬・抗精神薬の管理体制が整備されている	1) 麻薬は動かせない堅牢な保管庫で施錠保管され、保管記録があり、鍵管理も適切である 2) 向精神薬(一、二種)は必要時に施錠できる保管庫に保管し、記録されている(ハルシオン錠を含む) 3) 麻薬、向精神薬の紛失、破損時の手順があり、必要な届出がなされている(書面確認) 4) 抗がん剤は一般病棟での保管制限は行わず、薬剤部からの都度供給としている	「抗がん剤は一般病棟での保管制限は行わず」は「抗がん剤は一般病棟での保管は行わず」の間違いではないか。
9.2	がん薬物療法を安全に提供する環境が整備されている	組織的に検討する仕組み(委員会など)がある	これは「がん診療」に特化したものか?
9.2.1	安全確保について組織的に検討する仕組みがある		
9.2.2	安全な投薬が行われるよう、薬剤部が注射用抗がん剤の処方の評価・監査している	1) レジメン管理を含めたオーダーリングシステム 2) 調剤方法のマニュアル 3) 処方監査(チェックシート・薬歴確認・複数の監査) 4) 調製マニュアルの有無、秤取量の再計算、使用済アンブール数やバイアル数の確認 5) 調製後の監査	「秤取量の再計算」は具体的にどのようなものか。
9.2.3	投与量の調整、支持療法の変更などについて医師と連携する仕組みがある		
9.2.4	薬剤が適切に供給されている	1) 注射薬の個人別取り揃えが行われている	

No.	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見	市立長浜病院
9.2.5	確実・安全な薬剤投与が実施されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 抗がん剤の血管外漏出・過敏症・インフュージョンリアクションの対応マニュアルがある</li> <li>2) 投与間隔をチェックするシステムがある               <ol style="list-style-type: none"> <li>(ア) オーダリングシステムを使った確認</li> <li>(イ) 処方医師以外の第三者が確認するシステム</li> </ol> </li> <li>3) 投与量上限をチェックするシステムがある               <ol style="list-style-type: none"> <li>(ア) オーダリングシステムを使った確認</li> <li>(イ) 処方医師以外の第三者が確認するシステム</li> </ol> </li> <li>4) 患者誤認や配薬エラーの防止策がとられているバーコード、ベッドサイドの確認、マニュアルの整備など</li> </ol>		現在投与間隔のチェックは、看護師・薬剤師が実施している。また投与量上限は、処方時に薬剤師がチェックしている。	
9.2.6	抗がん剤による被曝の対策ができてい	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 安全キャビネットを使用し、ガウンなどを着用して調製を行っている</li> <li>2) 投与時のルート管理、廃棄方法などの曝露対策に関する手順が確立している</li> </ol>	現在抗がん剤の調製時には、二重手袋をしたうえで被曝防止システムを用いている。また補助金をもらって完全密封型の調製補助具を購入した。		
9.2.7	化学療法実施当日に、医師が患者を診察して投与の是非を決定する仕組みがある				
9.2.8	安全な投薬が行われるよう、薬剤部が経口抗がん剤を処方・監査している	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) オーダリングシステムの中に、安全のための処方チェック機能が採用されている</li> <li>2) 調剤方法のマニュアルがある</li> <li>3) 抗がん剤の処方監査チェックシートが作成され、薬剤部で確認している</li> <li>4) 薬歴の確認</li> <li>5) 投与量の増減・投与間隔の確認</li> <li>6) 患者管理カード</li> <li>7) 複数の薬剤師による監査</li> <li>8) 抗がん剤の略号の院内統一</li> </ol>	6) 患者管理カードは特殊なものなので、どのようなものを指すのか、説明が必要である。また抗がん剤の略号統一の件だが、院外処方の際には略号は駄目となっているのではないか。		

がん診療機能評価Ver.0.0【第10領域 医療連携機能】

No.	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見
10.1	地域の保健・医療・福祉施設との連携と協力の体制がある	1) がん診療に関する病診連携のクリニカルパスが活用されている配点方法は？ 配点の根拠が難しい場合には、Yes or Noのみ？ 以下、同様 2) 院内の専門家にコンサルタントでできる仕組みがある	京都桂病院	市立長浜病院
10.1.1	地域の医療機関からの紹介が患者の受け入れおよび患者の状態に適した地域の医療機関への逆紹介を行うための体制が確立している	1) がん診療に関する病診連携のクリニカルパスが活用されている配点方法は？ 配点の根拠が難しい場合には、Yes or Noのみ？ 以下、同様 2) 院内の専門家にコンサルタントでできる仕組みがある		病診連携のクリニカルパスは、これから作るところである。都会と地方では病診連携のクリニカルパスの意味合いが違うと思う。例えば後方病院に転院する場合は必要ないが、当院のように後方病院がない場合は、在宅に移行する必要がある。その場合にクリニカルパスが必要であろう。しかし当院は在宅に移行する場合に診療所の医師とカンファレンスを行っているので、その場合には必ずしもクリニカルパスは必要ないと思う。
10.1.2	地域において、かかりつけ医（診療所・在宅訪問医等）を中心とした緩和医療の提供体制が整備されている			
10.1.3	地域の医療機関、訪問看護ステーションとの連携がとれている	1) 地域、全国の承認施設（全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会等）と連携し、患者・家族のためのケアの向上に努めている 2) 担当部署、担当者が確保されている		
10.1.4	高額医療機器を共同利用している			
10.2	地域に対する情報公開			
10.2.1	地域住民あるいは一般に対して、診療提供に関する情報が公開されている	ホームページや患者向けパンフレット等に掲載している		
10.2.2	がん診療に関する信頼性の高い情報を患者に紹介する有効な手段を講じている（要否？）			

がん診療機能評価Ver.0.0【第11領域 リハビリテーション機能】

No.	評価項目	判定指針	意見
11.1	包括的リハビリテーションプログラム	判定指針	市立長浜病院
11.1.1	多職種が参加して、リハビリテーションの必要性・実施計画・効果の評価が行われている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 多職種により患者ニーズが評価され、サービスが提供されている</li> <li>2) リハビリテーション実施計画を定期的、あるいは必要に応じて見直している</li> <li>3) 年間診療実績が報告されている</li> </ol>	
11.1.2	提供するリハビリテーション・サービスの範囲が明確である	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 自院、あるいは紹介先の施設にて利用できるリハビリテーション・サービスが文書化されている</li> <li>2) 乳房切除術後の患者に対する包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムがある</li> <li>3) 肺手術後の呼吸訓練のプログラムがある</li> <li>4) 上下肢切断・離断後のリハビリテーションがある</li> <li>5) 大腸がん手術後の排便・排尿障害に対する包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムがある</li> <li>6) 泌尿器がん手術後の排尿障害のリハビリテーションがある</li> <li>7) 女性生殖器がん手術後の排便・排尿障害に対する包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムがある</li> <li>8) 性功能障害に対する包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムがある</li> <li>9) リハビリテーションサービスを説明した患者向けのパンフレットが作成されている</li> <li>10) リンパ浮腫に対する患者教育/リハビリテーションのプログラムがある</li> </ol>	<p>現在肺手術後の呼吸訓練は、呼吸理学療法士がやっている。また脊椎転移による麻痺時のリハビリテーション、乳房切断後のリハビリテーションも当院で実施している。</p> <p>大腸がん手術後の患者教育やリハビリテーションは、看護師が中心になるのではないか。上下肢切断・離断後のリハビリテーションやリンパ浮腫のリハビリテーションは、かなり特殊なのではないか。</p>